

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^{IÈME} CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
MADELEINE PROVENCHER

L'INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE AUPRÈS DES PERSONNES
SOUFFRANT DE DOULEUR CHRONIQUE

OCTOBRE 2010

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

L'INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE AUPRÈS DES PERSONNES SOUFFRANT DE DOULEUR CHRONIQUE

PAR

MADELEINE PROVENCHER

Pierre Racine, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

René Marineau, évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

Paul Greenman, évaluateur externe

Université du Québec en Outaouais

Sommaire

Cet essai se penche sur l'intervention psychologique auprès des personnes qui souffrent de douleur chronique. L'étude s'inscrit dans le cadre d'un suivi clinique auprès d'une personne ayant été référée pour un état dépressif consécutif à des douleurs persistantes au genou. Cette rédaction a pour mandat de présenter sommairement des notions théoriques qui entourent la douleur chronique, de décrire les principaux facteurs psychologiques impliqués et de mentionner les étapes qui composent le suivi psychologique. L'intervention clinique présentée dans la dernière partie permet de cibler les principales observations relevées lors des séances de thérapie et de décrire de façon concrète les différentes étapes qui s'inscrivent dans la démarche. La conclusion aborde les impacts positifs qui découlent de l'intervention psychologique et permet d'en formuler les principales limites.

Table des matières

Sommaire	iii
Remerciements	v
Introduction	1
Chapitre 1 : Présentation de l'étude	4
Douleur chronique	5
Prévalence, considérations étiologiques et diagnostiques	8
Impacts engendrés par la douleur chronique et coûts associés	11
Chapitre 2 : Considérations psychologiques	15
Explications théoriques et modèles	16
Composantes associées	21
Pronostic et gestion de la douleur	24
Chapitre 3 : Démarche clinique	30
L'évaluation	32
Le plan d'intervention	34
Le déroulement du suivi	36
La résolution du suivi	41
Chapitre 4 : Activités d'intervention	42
Présentation générale	43
Évaluation	46
Plan d'intervention proposé	48
Suivi	50
Objectifs réalisés	55
Conclusion	56
Références	59

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de recherche, monsieur Pierre Racine. J'ai pu réaliser cet essai grâce à ses précieux conseils, à ses compétences en la matière et à ses encouragements tout au long du suivi. Je tiens à remercier mon ami Martin pour son soutien technique et ses enrichissantes discussions. Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de cet essai.

Introduction

Le présent travail a pour mandat de rendre compte de l'intervention psychologique réalisée auprès des personnes qui souffrent de douleur chronique. Bien que cette notion ait fait l'objet de nombreuses études, l'intervention psychologique s'avère toujours aussi complexe et difficile à adapter, compte tenu des nombreux facteurs qui interviennent et du peu de moyens cliniques dont on dispose.

L'étude, inspirée des principes directeurs de l'approche biopsychosociale de la santé, s'inscrit dans le cadre d'une démarche clinique psychologique réalisée au niveau du suivi individuel. Elle a pour objectif de préciser certaines notions théoriques qui entourent la douleur chronique, de clarifier les facteurs psychologiques qui interfèrent au niveau de la perception de la douleur et de proposer un programme d'intervention psychologique adapté en fonction d'une clientèle adulte.

Le programme d'intervention vise à aider les personnes qui souffrent de douleurs chroniques à améliorer leur compréhension du phénomène, à mieux en aborder les effets inconfortables et à diminuer les impacts négatifs pouvant affecter différentes sphères de leur vie.

Le premier chapitre de ce travail permet de clarifier les notions en lien avec la douleur chronique, d'aborder la prévalence, les considérations étiologiques et d'estimer les impacts engendrés par celle-ci.

Le deuxième chapitre explore les considérations psychologiques qui interviennent au niveau de la souffrance. Il aborde les explications théoriques, survole les composantes associées et introduit les méthodes de gestion de la douleur.

Le troisième chapitre présente la démarche clinique et ses composantes : évaluation, plan d'intervention, déroulement et résolution du suivi. Finalement, le quatrième chapitre résume des activités cliniques permettant d'illustrer une intervention psychologique auprès d'une personne adulte souffrant de douleur chronique. L'exposé permet d'illustrer concrètement les notions mentionnées et d'expliquer les différentes façons de procéder tout au long de la démarche. On retrouve dans cette section la présentation générale de l'activité, l'évaluation, le plan d'intervention proposé, la démarche de suivi et les objectifs pouvant être réalisés.

Chapitre 1 : Présentation de l'étude

Ce premier chapitre permet de situer la problématique dont il est question dans cet essai et de clarifier certaines notions théoriques sur les différents éléments qui la composent. De façon plus spécifique, la première partie expose la notion de douleur chronique ; elle fournit certaines précisions sur les caractéristiques et sur les principales notions. La deuxième partie cible l'incidence, les considérations étiologiques et les diagnostics en lien avec la maladie. La dernière partie se concentre sur les impacts et sur les conséquences de la douleur.

Douleur chronique

L'association internationale pour l'étude de la douleur définit la douleur comme étant une sensation déplaisante et une expérience émotionnelle qui s'accompagne ou non d'une altération physique, qu'elle soit existante ou potentielle, ou décrite comme s'il y avait altération physique (IASP, 1986). La douleur est le résultat d'interactions dynamiques complexes entre différents facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux qui peuvent persister, s'aggraver et rendre le tableau clinique plus sévère (Pincus, 2006).

On distingue la douleur chronique de la douleur aiguë (intense) ou subaiguë par la persistance de l'inconfort. La douleur chronique se définit surtout par la prolongation de la douleur sur une longue période. Au cours de cette prolongation, on peut retrouver des phases plus ou moins sévères de douleurs aiguës (Gatchel & Kishino, 2006). Certains suggèrent que la présence de la douleur doive persister pendant au moins un mois pour qu'elle soit reconnue comme étant chronique. Par ailleurs, de nombreuses études misent sur la persistance des symptômes pendant au moins six mois pour satisfaire aux critères de la problématique.

La douleur peut provenir des terminaisons nerveuses (nocicepteurs), du système nerveux ou de facteurs psychologiques qui affectent la condition physique (Gatchel & Kishino, 2006). On peut classer les différentes sortes de douleurs en trois catégories : musculo-squelettiques, viscérales ou celles issues des pathologies du système nerveux (Hiesiger & Brady, 2001). Les causes de douleurs peuvent être très variées. Les plus fréquentes seraient reliées à des accidents (route, sport, travail, domestique), à des traumatismes, à des maladies graves (cancer, arthrite, sclérose en plaques) de même qu'à des origines non précisées dans de nombreux cas (Hobro, Winman, & Hankins, 2004). Dans certaines maladies comme le cancer, l'arthrite rhumatoïde ou les maux de tête, la douleur peut se présenter comme étant le symptôme prédominant. Les critères retenus pour le *Trouble douloureux* par l'American Psychiatric Association dans le DSM IV (APA, 2001) sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1

Critères descriptifs du Trouble douloureux selon le DSM IV (APA, 2001)

- A. Une douleur dans une ou plusieurs localisations anatomiques est au centre du tableau clinique, et cette douleur est suffisante pour justifier un examen clinique.
- B. La douleur est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.
- C. On estime que des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur.
- D. Le symptôme ou le déficit n'est pas produit intentionnellement ou feint, comme dans le Trouble factice ou la Simulation.

Selon Miller et Cano (2009), les douleurs chroniques les plus fréquentes s'avéreraient d'origine musculo-squelettique et se retrouveraient localisées dans le bas du dos, dans les genoux, dans les hanches et au niveau des chevilles. Selon Turk et Melzack (2001), les douleurs au dos, les maux de tête, les douleurs faciales, myofaciales et les douleurs associées au cancer seraient celles qui prévaudraient le plus souvent. Selon Volinn (1997), les douleurs les plus fréquentes seraient ressenties au bas du dos pour 34% des personnes étudiées.

Il peut s'avérer difficile de comprendre la douleur ressentie par un individu en raison de son caractère subjectif. L'impossibilité de vérifier de façon précise la présence de douleur ou d'en mesurer la sévérité diminue la compréhension pouvant être offerte aux personnes atteintes. L'aide apportée se révèle le plus souvent insuffisante et les traitements offerts demeurent inadéquats. Que ce soit de la part de la société, de la famille, de l'équipe médicale ou des compagnies d'assurance, cette incompréhension diminue souvent l'aide offerte à la personne atteinte (Turk & Swanson, 2007).

Prévalence, considérations étiologiques et diagnostiques

Beaucoup d'individus vont souffrir, un jour ou l'autre au cours de leur vie, de douleurs sévères maintenues sous contrôle. La douleur constitue un des problèmes pour lesquels les gens consultent le plus fréquemment. Une partie d'entre eux, environ 20 % à

30 % vont souffrir de douleurs persistantes ou récurrentes pouvant être qualifiées de chroniques (Craig, 2009). Environ 15 % de la population adulte (point médian) souffrirait à des degrés divers de douleurs chroniques (Verhaak & al., 1998). La fréquence la plus élevée se retrouverait chez les personnes de sexe féminin et au niveau des groupes d'âges les plus élevés (Craig, 2009).

La douleur constituerait 80 % des motifs de consultations médicales aux États-Unis, soit un des motifs de consultation les plus fréquents. On estimerait à 176 850 patients le nombre de personnes qui recourent à des traitements dans des cliniques pour douleur chronique (Gatchel & Kishino, 2006).

Au cours d'une vaste enquête téléphonique conduite en Australie, 17 % des hommes et 20 % des femmes disaient souffrir d'une forme ou d'une autre de douleur chronique; 6,8 % de la population en général mentionnait le fait que la douleur affectait leurs activités quotidiennes de façon significative (Blyth, March, Brnabic, Jorm, Williamson, & Cousins, 2001). Les résultats peuvent varier énormément d'une étude à l'autre, compte tenu des différentes méthodes utilisées pour les recherches, du type de mesures employé, des différentes précisions apportées pour définir la douleur chronique, des localisations corporelles retenues pour les questionnaires, du vocabulaire utilisé et de la grandeur des échantillons sélectionnés (Turk, & Swanson, 2007).

Malgré le fait que la notion de douleur chronique ait été souvent mentionnée dans les écrits, il existe peu de moyens concrets cliniques d'y faire face et de la surmonter. Aux États-Unis, la moitié des gens qui en souffrent ont vécu avec la douleur sur une période moyenne d'environ cinq ans et le tiers d'entre eux ont décrit la douleur comme étant d'une intensité inimaginable. Seulement la moitié des personnes qui souffrent mentionnent avoir réussi à contrôler la douleur (Hiesiger, 2001).

Les personnes qui souffrent de douleur chronique subissent une évaluation médicale qui comporte en général un examen physique et neurologique approfondi, complété par l'étude minutieuse de l'histoire de la personne, incluant l'approche biopsychosociale. Le modèle biopsychosocial de la douleur considère la problématique comme étant le résultat d'une interaction complexe et dynamique entre les facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux qui interviennent au niveau de la douleur et qui contribuent à maintenir le tableau clinique. L'influence des facteurs psychologiques, sociaux et économiques peut alors interférer sur la pathologie physique et en moduler les symptômes (Gatchel, 2006).

De nombreux tests (fonctions cognitives, fonctions sensorielles, fonctions motrices, fonctions cérébrales, etc.) viennent compléter les évaluations médicales et clarifier le tableau dépeint par cette problématique. De nouvelles technologies, entre autres celle de l'imagerie par résonance magnétique, permettent de formuler le

diagnostic clinique avec plus de certitude et de déterminer où se situent les principales lésions. La douleur chronique, sur laquelle les individus n'ont souvent aucun contrôle, a des impacts sur les plans physique et émotionnel. Elle affecte également la qualité de vie de la personne douloureuse.

Impacts engendrés par la douleur chronique et coûts associés

Le fait de ne pas pouvoir contrôler la souffrance engendre un grand impact sur le plan physique, sur le plan émotionnel, sur la qualité de vie, non seulement de la personne qui souffre mais sur celle de ses proches et de sa famille (Hiesiger, 2001). Les douleurs chroniques engendrent des difficultés à long terme : problèmes de sommeil, changements de l'humeur, incapacités à reprendre le travail et conflits familiaux (Marcus, 2009).

Les personnes qui souffrent pendant de nombreuses années quittent souvent leur emploi temporairement ou à long terme, subissent de nombreuses chirurgies et deviennent très dépendantes à la médication (Meldrum, 2007). Leur incapacité peut s'avérer partielle ou parfois totale. Les cliniciens disposent d'une panoplie de traitements qui se révèlent à la fois aussi variés que coûteux.

Les traitements comprennent la médication pharmacologique, les interventions physiques et chirurgicales, les procédés anesthésiques, les programmes de réhabilitation multidisciplinaires et les compléments offerts par les médecines alternatives. Les coûts associés à la totalité des approches présentées, qu'ils soient directs ou indirects, se traduisent par des frais astronomiques pour la société. Les dépenses engendrées dépasseraient celles occasionnées par les maladies coronariennes, celles du cancer et celles du SIDA additionnées ensemble (Cousins, 1995).

Les études sur la gestion de la douleur chronique, incluant celles des approches psychologiques, s'inscrivent dans les mesures mises en place en vue de réduire les impacts négatifs engendrés par la douleur chronique. Les personnes adultes atteintes de douleur chronique doivent en général apprendre à composer avec un état différent de celui qu'elles ont toujours connu. En raison de la douleur, elles devront souvent modifier leurs habitudes de façon significative, en plus d'avoir à supporter les différents symptômes inhérents à la maladie associée.

De nombreuses études suggèrent le fait que plusieurs personnes souffrant de douleurs chroniques présentent des problèmes concomitants de dépression, d'anxiété ou d'abus de substance (Dersh, Polatin, & Gatchel, 2002). Dans leur recherche menée par questionnaire téléphonique sur le lien pouvant exister entre la douleur chronique et la dépression, Miller et Cano (2009) ont constaté que plus de la majorité des patients qui

souffrent de douleur chronique vont développer des symptômes dépressifs soit au moment ou quelque temps après le diagnostic de douleur chronique. Dans cette étude, les femmes étaient également plus nombreuses à présenter des douleurs chroniques, que ce soit avec ou sans symptômes de dépression.

Comme le précisent Gatchel et Kishino (2006), il existerait un lien étroit entre la douleur chronique, la dépression et le suicide. Les personnes souffrant de douleurs chroniques seraient plus à risque de souffrir de dépression (Rush, Polatin, & Gatchel, 2000), de commettre le suicide (Fishbain, 1999) et de souffrir de troubles du sommeil (Hanscom & Jex, 2001). Dersh et al. auraient relevé dans les études une prévalence plus grande de troubles psychiatriques chez les personnes qui présentent des douleurs chroniques, comparativement à celles qui souffrent de douleur modérée.

Dans leur étude réalisée par interview téléphonique assisté par ordinateur auprès de 1 179 répondants, Miller et Cano (2009) ont constaté qu'environ 21 % de la population en général souffrirait de douleurs chroniques de diverses natures. Parmi les personnes souffrant de douleurs chroniques, environ 35 % d'entre elles étaient également affectées par la dépression, ce qui représenterait 7,7 % de l'échantillon global. Dans cette même étude, les résultats de l'analyse de régression démontrent que certaines caractéristiques démographiques se retrouvent au niveau des facteurs de risque de la douleur chronique ou de la douleur chronique et de la dépression : l'âge croissant, le

sexe féminin, l'emploi occasionnel ou temporaire et un niveau d'éducation plus bas. L'association entre la dépression et la douleur s'avère largement documentée (Gatchel, Peng, Fuchs, Peters, & Turk, 2007). Les chercheurs ne peuvent toutefois préciser le lien de causalité qui existe, à savoir si la dépression engendre la douleur ou si la douleur engendre la dépression. Le plus important serait d'en tenir compte et de les traiter conjointement.

De plus en plus, on reconnaît le fait que certains facteurs psychologiques vont influencer la façon dont un individu va s'adapter à une situation douloureuse ; ces mêmes facteurs vont également agir sur l'intensité de la douleur ressentie. Nous explorerons ces différents aspects dans le prochain chapitre et aborderons l'importance d'en tenir compte lors du traitement.

Chapitre 2 : Considérations psychologiques

La problématique de la douleur chronique s'avère complexe et comporte de nombreuses composantes de nature biologique, psychologique et sociale. À cela s'ajoutent les caractéristiques individuelles des personnes, les facteurs interpersonnels de même que ceux liés à l'environnement, au contexte et aux expériences de vie (Craig, 2009). Nous examinerons dans ce chapitre les principaux facteurs psychologiques qui sont impliqués au niveau de la douleur chronique.

Explications théoriques et modèles

La relation qui semble exister entre les facteurs psychologiques et ceux de la douleur chronique suscite un intérêt croissant depuis plusieurs années. En 1982, le neurochirurgien John Loeser a pris en charge le Centre de la douleur chronique situé à l'Université de Washington. Il a été un des premiers à mettre en place un programme structuré comportant le concept d'une équipe de soins multidisciplinaire incluant la participation des psychologues (Gatchel & Kishino, 2006). La littérature rapporte de nombreuses études qui tentent de souligner l'importance du rôle des facteurs psychologiques au niveau de la perception, du maintien et de la gestion de la douleur chronique.

Chaque individu expérimenterait la douleur de façon unique. Sa façon de rapporter les symptômes pathologiques se trouverait modulée par les facteurs psychologiques, sociaux et économiques. Ces derniers seraient étroitement interreliés et interviendraient conjointement au niveau de l'élaboration de la problématique. Ainsi, une lésion apparemment identique chez deux individus pourrait être perçue et décrite avec des différences significatives. L'expérience de la douleur pourrait ainsi être qualifiée d'idiosyncratique.

Asmundson, Norton, et Vlaeyen (2004) nous expliquent qu'au cours des trois dernières décennies, un grand progrès a été réalisé au niveau de la compréhension de l'interaction impliquant les processus psychologiques et physiologiques quant à la perception de la douleur. Ils mentionnent entre autres l'apport de la théorie du portillon (Gate Control) introduite par Melzack et Wall, en 1965.

De façon simplifiée et résumée, la théorie du portillon postule le fait que les sensations douloureuses en provenance par exemple des extrémités seraient transportées jusqu'au cerveau par des fibres nerveuses plus fines que celles qui transmettent les perceptions sensorielles superficielles ; l'information douloureuse, voyageant plus lentement que celle perçue en surface, se trouverait alors bloquée à la moelle épinière, par une sorte de porte dite fermée, lorsqu'une sensation superficielle serait transmise au même moment. Par ailleurs, le même mécanisme d'ouverture de porte permettant la

transmission du signal douloureux jusqu'au cerveau pourrait également être entravé par l'arrivée d'un signal opposé (anti douleur) émis par le cerveau lorsque généré par des événements agréables. Les plaisirs provoqueraient la libération de substances naturelles (noradrénaline, endorphines), ce qui aurait comme conséquence d'annuler en tout ou en partie la perception désagréable de la douleur. La théorie du portillon a donc été une des premières à fournir une explication au phénomène impliquant différentes perceptions pour un dommage identique. Elle a également permis d'expliquer en partie les résultats inattendus observés lors d'interventions chirurgicales impliquant des nerfs (membre absent douloureux).

Plusieurs modèles auraient ensuite été élaborés pour tenter d'améliorer la compréhension de la problématique de la douleur chronique. Ainsi, en 1999, Melzack aurait ajouté à la théorie du portillon celle du modèle du stress introduite en premier par Selye (1956). Selon cette théorie, la douleur finale ressentie serait déterminée et modifiée par de multiples facteurs : génétiques, expériences sensorielles, influences acquises. Ces facteurs interagiraient conjointement avec les nombreux facteurs de stress (Asmundson, Norton, & Vlaeyen, 2004). Les principales sources de stress proviennent soit de l'environnement (bruit, circulation, foule, échéanciers, pressions financières, demandes interpersonnelles), du corps (maladies, blessures, diète, médication) ou des pensées (menaces perçues). Le stress élevé et la tension pourraient causer de la fatigue et ainsi augmenter la douleur (Gatchel, 2006).

Asmundson, Norton, et Vlaeyen (2004) utilisent un récent modèle qui tient compte des variables employées dans les modèles antérieurs (peur, évitement) en ajoutant l'anxiété à la peur et à l'évitement afin de tenter d'expliquer les différentes interactions (figure 1). Dans ce modèle, lorsque la douleur consécutive à une blessure externe est perçue comme normale, elle n'engendrerait pas de dramatisation de l'événement. La diminution de la douleur serait alors graduelle de même que la reprise des activités. Par contre, lorsque la douleur est perçue de façon catastrophique en raison de facteurs prédisposants (sensibilité accrue à l'anxiété, aux émotions négatives ou tendance à mettre l'accent sur la maladie et à l'interpréter), elle engendrerait une émotion de peur face à la douleur. Cette peur s'accompagnerait alors d'anxiété et favoriserait l'évitement de la reprise des activités. La situation serait davantage perçue catastrophique et diminuerait les possibilités de rétablissement.

Le catastrophisme serait ainsi défini comme étant la tendance de l'individu à mettre l'accent sur sa douleur et à évaluer négativement sa capacité à composer avec les différents symptômes (Keefe & al., 2004). Selon Keefe et al. (2004), les personnes qui adoptent cette attitude face à la douleur présenteraient de plus grandes incapacités que ceux qui ne dramatisent pas. Ils auraient davantage recours aux soins de santé, nécessiteraient de plus longues hospitalisations, feraient un plus grand usage de médicaments et prendraient plus de temps à franchir les différentes étapes prévues pour le rétablissement.

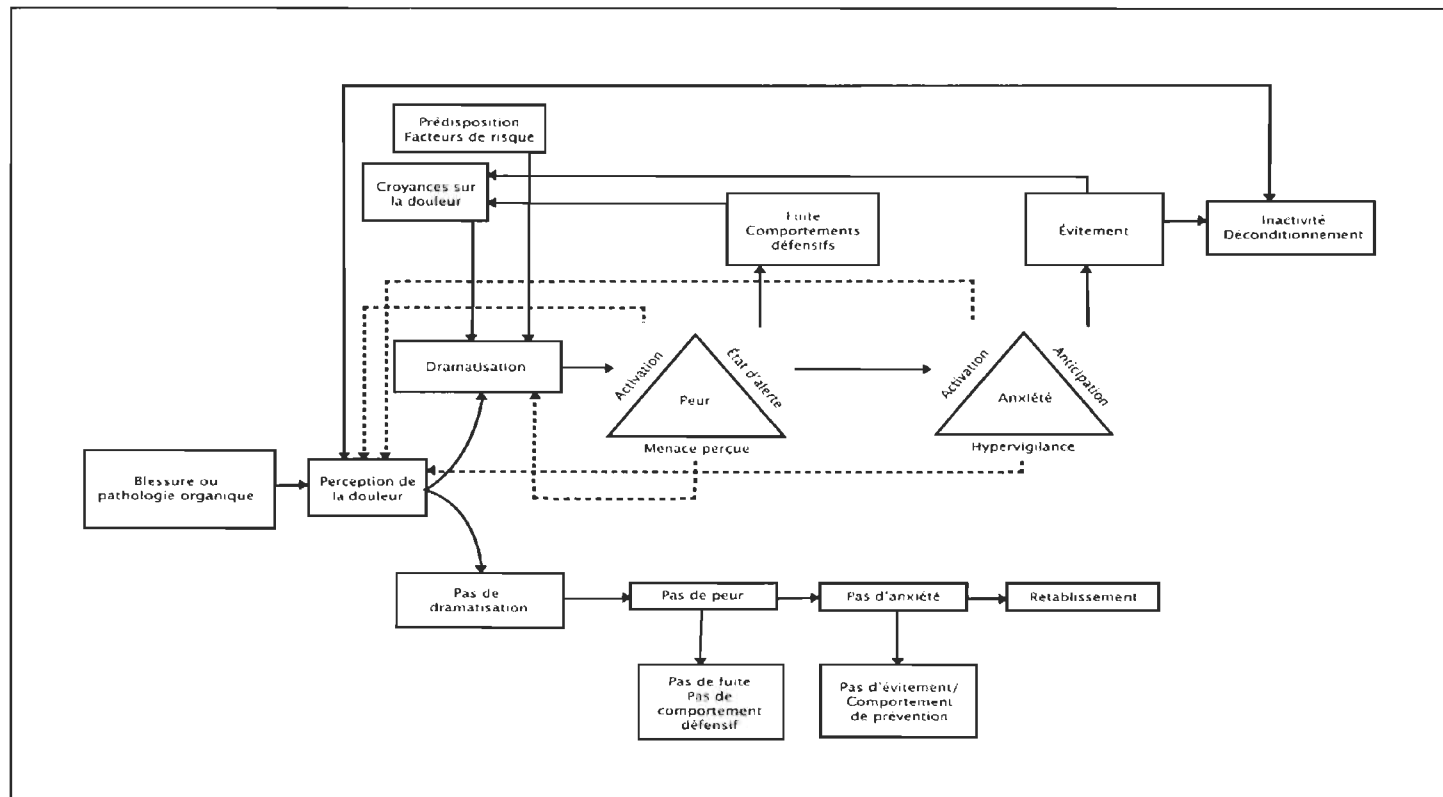


Figure 1. Modèle peur-anxiété-évitement de la douleur chronique. Les lignes pleines représentent un lien direct entre les variables. Les lignes pointillées représentent un lien indirect de rétroaction. [Traduction libre] (Asmundson, Norton, & Vlaeyen, 2004)

Composantes associées

Au fur et à mesure que la douleur chronique persiste, les facteurs émotionnels joueraient un rôle de plus en plus grand au niveau du maintien de la souffrance et de l'altération du fonctionnement (Dersh, Polatin, & Gatchel, 2002). On entend par facteurs émotionnels, les différents éléments qui vont moduler les états affectifs ressentis par la personne. Dans la situation de douleur chronique, ces éléments vont engendrer des sensations désagréables et s'accompagner de manifestations physiques comme l'augmentation du rythme cardiaque, la transpiration, la pâleur, etc. Ces manifestations peuvent contribuer à aggraver la perception initiale de la douleur.

La perception de la douleur pourrait être intensifiée par de multiples autres facteurs. L'association que la personne fait avec des événements traumatiques passés (abus, deuils) peut raviver des émotions pénibles; elle peut de plus anticiper des événements négatifs à venir (perte d'emploi, faillite). Le lien d'attachement établi lors des premiers stades du développement pourrait également engendrer une attitude différente face à la douleur. Selon le modèle d'attachement élaboré au fil des ans, la personne pourrait adopter soit une attitude sécuritaire, soit une attitude anxieuse évitante ou une attitude anxieuse ambivalente/résistante (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Crittenden, & Wilkinson, 2009).

Les personnes anxieuses présenteraient moins de tolérance à la douleur et leur expérience douloureuse en serait augmentée. Une des hypothèses pour expliquer cet effet propose la combinaison *douleur-anxiété-tension musculaire*. L'individu anxieux créerait un cycle où l'anxiété augmenterait la tension musculaire ; cette dernière engendrerait un serrement musculaire qui deviendrait éventuellement une source de douleur qui générerait à son tour de l'anxiété. La relation douleur-anxiété répèterait ainsi la boucle (Livengood, 1999).

Une autre explication stipulerait le fait que les personnes anxieuses seraient plus en *état d'alerte*. L'administration de médicaments anxiolytiques chez ces personnes aurait comme conséquence de diminuer la douleur. Une troisième hypothèse serait liée à la peur de la douleur. Les personnes entretiendraient des croyances de conséquences négatives face aux sensations corporelles ressenties, ce qui aurait pour effet de maintenir ou d'exagérer les perceptions désagréables et d'augmenter les comportements d'évitement. Les personnes qui dramatisent se concentreraient davantage sur les aspects négatifs ; elles augmenteraient ainsi les niveaux d'anxiété et seraient plus affectées.

Le stress post-traumatique, un type d'anxiété caractérisé par la reviviscence de l'événement traumatisant vécu, s'accompagne de symptômes d'hyper-vigilance, d'évitement des stimuli associés au traumatisme et du sentiment d'impuissance. Roy-

Byrne et al. (2004) ont observé un lien significatif entre la douleur chronique et un vécu d'état de stress post-traumatique. Wuest et al. (2008) ont constaté que 35 % des femmes qui avaient vécu dans une relation intime violente présentaient une problématique de douleur chronique.

Un autre facteur mentionné dans l'article de Livengood (1999) tient compte de la colère. Cette dernière s'inscrirait comme composante importante au niveau de l'expérience de la douleur chronique. La vision psychodynamique proposée stipule l'idée que la personne qui refoule un sentiment de colère intense développe une réaction de conversion (douleur physique) en vue de la supprimer.

Livengood (1999) cite l'influence familiale comme étant l'un des facteurs psychosociaux pouvant prédisposer dès le plus jeune âge un individu à souffrir plus tard au cours de sa vie de douleurs chroniques. Les explications inspirées du modèle cognitif comportemental suggèrent le fait que la douleur et les incapacités soient le résultat de renforcements mis sur l'évitement et les comportements de plaintes. Les bons comportements appris face à la douleur seraient soit encouragés ou découragés par les membres de la famille.

Les personnes qui auraient souffert de privations ou de punitions seraient plus susceptibles de présenter des comportements moins bien adaptés face à la douleur. Les

tendances à la solitude, à demander du soutien, à rechercher le confort seraient également des modèles appris très tôt dans l'enfance qui pourraient influencer le soutien social dont une personne pourrait bénéficier. Certaines caractéristiques d'adaptation et de réponses de la famille vont influencer le maintien de la douleur chez l'individu. Les caractéristiques liées à l'attitude du conjoint pourraient également favoriser ou non le maintien de la douleur. Finalement, les avantages sociaux liés aux conditions de travail vont avoir un impact sur la détérioration ou sur l'amélioration de la condition de la personne (Livengood, 1999).

Pronostic et gestion de la douleur

Keefe et al. (2004) relèvent, dans leur revue de la littérature écrite sur la douleur chronique, les facteurs associés à l'ajustement face à la douleur chronique. Ils les ont regroupés en deux catégories.

La première catégorie correspond aux facteurs qui sont associés à une augmentation de la douleur, à une augmentation de la détresse psychologique, et à une augmentation de l'invalidité physique. Ces facteurs sont le catastrophisme, la peur/anxiété liée à la douleur et le sentiment d'impuissance.

La deuxième catégorie regroupe les facteurs associés à la diminution de la douleur, à la diminution de la détresse psychologique et à la diminution de l'invalidité physique. Ces facteurs sont l'autoefficacité, les stratégies de coping avec la douleur, la motivation à changer et l'acceptation (voir figure 2).

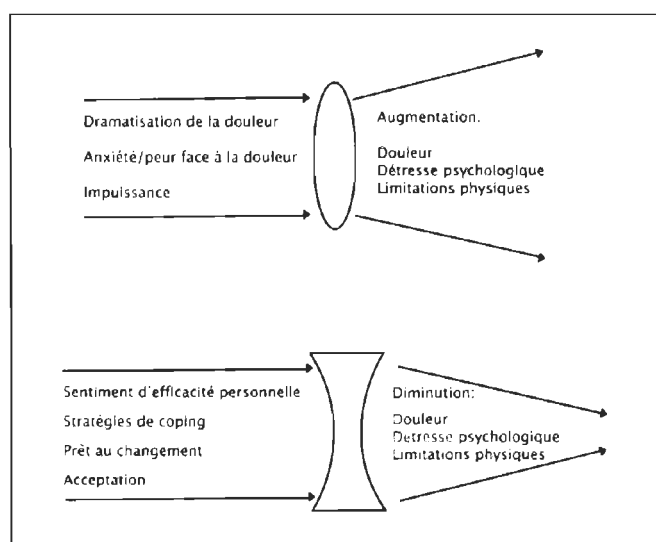


Figure 2. Facteurs psychologiques associés à l'adaptation de la douleur chronique. [Traduction libre] (Keefe & al., 2004)

Le catastrophisme s'est avéré le plus utile pour prédire le niveau de perception de la douleur. Ceux qui utilisent des catastrophismes présentent des niveaux plus élevés d'invalidité (Martin & al., 1996) ; ils font un plus grand usage des soins de santé (Gil, Abrams, Phillips, & Williams, 1992) ; ils sont hospitalisés plus longtemps (Gil, Thompson, Keith, Tota-Faucette, Noll, & Kinney, 1993) ; ils font un plus grand usage de

médicaments (Jacobson & Butler, 1996); ils ont plus de comportements qui témoignent de la douleur (Keefe & al., 2000) et prennent plus de temps à récupérer à la suite d'une chirurgie (Kendell, Saxby, Farrow, & Naisby, 2001).

Les rectifications apportées aux scénarios catastrophiques engendreraient des améliorations à long terme au niveau de la douleur, du fonctionnement psychologique et des invalidités physiques (Keefe & al, 2004).

Le sentiment d'impuissance s'avérerait une notion particulièrement importante au niveau de la compréhension de la douleur et de l'invalidité (Keefe & al., 2004). Il existerait un lien entre le sentiment d'impuissance et la mort précoce (Callahan, Cordray, Wells, & Pincus, 1996). D'autres éléments peuvent également contribuer à une adaptation favorable à la douleur chronique (DeGood & Tait, 2001). On retrouve entre autres la *résilience* (Kobasa, 1979; Pollock, & Duffy, 1990), le *locus de contrôle* (Rotter, 1966 ; Wallston, Wallston & DeVellis, 1978), le *style attributionnel* (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978) et l'*autoefficacité* (Bandura, 1977).

L'autoefficacité réfère à la confiance qu'a la personne en son pouvoir de s'engager dans une action destinée à réaliser un projet, tel surmonter sa douleur (Bandura, 1997). Ce concept s'avère important parce qu'il met davantage l'accent sur les forces de la personne que sur ses incapacités ; de plus, il peut s'appliquer au moyen des techniques

cognitives (Keefe & al. 2004). Les sentiments d'autodétermination (Deci & Ryan, 1985) vont également affecter la motivation de l'individu (Vallerand, 1994).

Les stratégies de coping ont été fortement étudiées et recommandées en vue de favoriser l'adaptation aux situations invalidantes. La motivation au changement postule que la personne doit être prête à s'investir en tant qu'agent ayant un rôle actif à jouer dans la gestion de sa problématique. Afin de préciser la motivation à s'investir, Keefe et al. (2004) proposent d'utiliser le modèle de Prochaska et al. (1992).

Ce modèle comporte les cinq étapes suivantes : 1- précontemplation, sans intention de changer ; 2- contemplation, avec intention de changer dans un futur lointain ; 3- préparation, intention de changer dans un futur immédiat ; 4- action, fait des efforts concrets pour changer ; 5- maintien, travail réalisé pour maintenir les acquis. Selon eux, le fait d'identifier l'étape où la personne se trouve peut aider à adapter l'intervention en fonction de son cheminement.

La sévérité de la détresse émotionnelle serait un important indicateur au niveau du pronostic face au traitement (Livengood, 1999). Dans son écrit sur les facteurs psychologiques et psychosociaux qui contribuent à la douleur chronique, Livengood avance le fait que ce sont les facteurs psychologiques (alexithymie, dépression majeure, dépression saisonnière, anxiété, état de stress post-traumatique, colère) et les facteurs

psychosociaux (famille, relation maritale, avantages sociaux) qui interfèrent dans la problématique de la douleur chronique. Ainsi, la personne présentant de l'alexithymie (incapacité à exprimer ses émotions) aurait de la difficulté à distinguer ses états affectifs de ses états somatiques. En plus d'avoir des problèmes à décrire ses émotions et son ressenti intérieur, la personne exprimerait ses inconforts en termes somatiques externalisés. Ces personnes auraient souvent vécu des situations d'abus dans le passé ou souffriraient de séquelles d'état de stress post-traumatique. Les modifications affectives pourraient influencer la perception des sensations corporelles négativement et en faire varier l'intensité.

Au niveau de la méthode utilisée pour la thérapie, Morley, Eccleston, et Williams (1999) ont observé des résultats supérieurs obtenus par la thérapie cognitive comportementale lorsque cette dernière était comparée à d'autres méthodes hétérogènes alternatives, qui n'incluaient pas le biofeedback ni la méthode comportementale. Les résultats démontraient que l'approche s'avérait la plus efficace pour réduire l'expérience de la douleur, augmenter les stratégies de coping aidantes, favoriser les pensées positives et réduire l'expression de la douleur.

En résumé, certains facteurs comme l'auto efficacité, les stratégies de coping adaptées, la motivation à changer et l'acceptation favoriseraient un meilleur ajustement face à la douleur ainsi qu'une diminution de l'intensité perçue. À l'inverse, les facteurs

tels le catastrophisme, l'anxiété liée à la douleur, la peur de la douleur et le sentiment d'impuissance seraient associés à un faible ajustement face à la douleur ainsi qu'à une augmentation de l'intensité perçue (Keefe, Rumble, Scipio, Giordano, & Perri, 2004).

Compte tenu de la multitude de facteurs impliqués dans l'élaboration, le maintien et la résolution de la problématique de la douleur chronique, une intervention psychologique favorisant une approche multidimensionnelle sera suggérée dans la prochaine section.

Chapitre 3 : Démarche clinique

L'approche biopsychosociale du traitement de la douleur chronique nécessite le plus souvent l'intervention de plusieurs intervenants, soit le médecin traitant, le chirurgien, le neurologue, l'infirmier, le psychiatre, le psychoéducateur, l'ergothérapeute, le psychologue et autres spécialistes requis par la condition de la personne souffrante. L'interdisciplinarité suggère la collaboration étroite entre les différents intervenants impliqués et l'arrimage des services de façon à favoriser une vision intégrée des différentes expertises. Le présent exposé se penchera sur l'apport de l'intervention psychologique auprès de la personne affectée par les douleurs chroniques.

Les personnes qui souffrent de douleur chronique vont souvent avoir essayé de nombreux traitements médicaux avant d'être finalement dirigées en psychologie. Keefe et al. (2004) font état de l'importance d'une intervention rapide et de l'adoption de stratégies appropriées, principalement en ce qui concerne les douleurs d'origine musculo squelettique ou concernant des problèmes d'ordre médical.

Une approche multidimensionnelle sera ici préconisée puisqu'elle permettra de tenir compte de façon appropriée des éléments spécifiques à chaque personne et de résoudre les composantes identifiées comme pouvant interférer de façon significative au niveau de la douleur.

Ainsi, les intervenants pourront tenir compte des événements présents, de ceux en lien avec le passé, du vécu intérieur, des traumatismes subis, des situations individuelles, des interrelations familiales, du contexte social, des deuils, séparations ainsi que des stratégies de coping adoptées. Le but global recherché sera de diminuer les symptômes et la détresse associés. L'intervention psychologique comporte diverses étapes soit, entre autres, l'évaluation, l'élaboration du plan d'intervention, le suivi et la résolution du suivi.

L'évaluation

La première étape de la démarche vise à cibler les éléments qui permettent de formuler les hypothèses face aux difficultés de fonctionnement de la personne. L'entrevue initiale peut s'inspirer de l'approche psychodynamique; cette approche va permettre de vérifier l'épreuve de la réalité, d'estimer la diffusion de l'identité, de déterminer le mode relationnel de l'individu, de distinguer les limites soi / les autres et de cibler les principaux mécanismes de défense utilisés. On pourra ainsi préciser l'organisation structurale de la personnalité de l'individu, soit l'organisation névrotique, limite ou psychotique (Léveillé, 1998).

Une entrevue clinique semi structurée permet de préciser l'identification du problème, de questionner sur l'historique de ce dernier et de préciser les attentes face à la

consultation; la rédaction du rapport permet de décrire les observations du client en entrevue (verbal et non verbal), de retracer son histoire personnelle, familiale, sociale, d'aborder ses fréquentations, sa relation conjugale, de documenter son état de santé, son travail, sa dynamique et d'établir ses rapports face à lui-même ainsi que ceux qu'il adopte face aux autres.

Un questionnaire d'évaluation permet de compléter les renseignements additionnels en vue de déterminer le profil de la personne qui consulte. Les informations comprennent entre autres : l'identification précise de l'utilisateur, la provenance de la demande, les consultations antérieures, les informations médicales, les hospitalisations, l'étude de la demande (type de demande, facteurs déclencheurs, démarches en cours), l'histoire familiale, les événements marquants, la situation actuelle (familiale, sociale, occupationnelle), le niveau de fonctionnement (appétit, sommeil, culpabilité, activités, prise de décision, mémoire, concentration, stress), les indices de fonctionnement (tenue vestimentaire, attitude, débit verbal, activité, humeur, affect, cours de la pensée, contenu de la pensée, perception, hallucinations, capacité d'introspection, motivation), les dépendances (alcool, drogues), le niveau de dangerosité et les idées suicidaires.

Les renseignements recueillis vont permettre d'analyser les éléments en cause, de préciser quels sont les facteurs significatifs et de formuler des recommandations au sujet du suivi proposé. Lorsque des niveaux de détresse ou d'anxiété sont observés avec

présence d'idées suicidaires, on pourra employer des tests additionnels en vue d'en préciser le niveau : BDI II (Beck Depression Inventory II, 1961;1996), BAI (Beck Anxiety Inventory, 1988), MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Hathaway et al., 1989). À la suite de l'évaluation, le thérapeute va concevoir son plan d'intervention en fonction des éléments qui entrent en ligne de compte et formuler ses recommandations; il va préciser les objectifs de travail et les moyens utilisés en vue d'améliorer la qualité de vie et le fonctionnement de la personne atteinte de douleur chronique.

Le plan d'intervention

L'élaboration du plan d'intervention vise à formuler de façon concise les stratégies qui seront planifiées en vue d'apporter une aide à la personne qui souffre de douleur chronique. Il s'agira de préciser le but de l'intervention, d'identifier les objectifs de travail, de préciser les moyens envisagés pour atteindre les objectifs et de distinguer quels seront les principaux indicateurs de changements qui permettront de reconnaître l'atteinte des objectifs.

L'intervention auprès de la personne qui souffre de douleur chronique vise de façon générale l'amélioration de sa qualité de vie et l'amélioration de son fonctionnement global. L'intervention pourra éventuellement modifier ses stratégies de

coping avec la douleur, diminuer son anxiété, diminuer ses symptômes dépressifs, aider à accepter ses limites physiques et aider à résoudre des conflits (Dixon, Keefe, Sciopo, Cailtin, & Perri, 2007). De cette façon, la personne pourra éventuellement améliorer son sentiment de contrôle, conserver une bonne estime de soi, reprendre confiance en l'avenir, modifier ses comportements et accepter les changements nécessaires qui favorisent l'amélioration de sa qualité de vie (Turk & Melzack, 2001).

Les objectifs spécifiques simples et réalistes seront précisés en fonction des problèmes ciblés, en tenant compte de l'histoire de la personne, des facteurs déclencheurs, de maintien, des symptômes invalidants et des altérations du fonctionnement. Il s'agira de déterminer les éléments à traiter en priorité : symptômes dépressifs, détresse émotionnelle, troubles d'adaptation, difficultés familiales, etc.

Divers moyens ou actions seront envisagés pour atteindre les objectifs fixés. En plus des rencontres hebdomadaires individuelles proposées, il s'agira d'utiliser la stratégie qui s'avère la plus adéquate possible en fonction de chacun des problèmes identifiés. Ces moyens vont inclure, entre autres, la verbalisation, la normalisation, la libération des émotions, l'utilisation de techniques de relaxation, la résolution de deuils, la rectification des pensées irrationnelles, la mise à jour des distorsions cognitives, l'augmentation des plaisirs, l'emploi d'outils appropriés ainsi que l'ajout de la psychoéducation sur la problématique.

Il sera proposé d'effectuer une réévaluation du plan d'intervention après une période de suivi. Cette période peut correspondre à un certain nombre de rencontres, fixé à l'avance, ou après la réalisation d'une étape correspondant à l'atteinte d'un objectif. L'atteinte des objectifs peut être estimée par l'état subjectif de la personne ou par la comparaison des mesures recueillies avant et après le suivi.

Le déroulement du suivi

Un contrat clair sera conclu entre l'intervenant et la personne qui consulte; le thérapeute prendra soin de respecter le mandat pour lequel la personne a été référée. Le contrat sera établi et signé avec son consentement libre et éclairé, en y ajoutant les formulaires et les autorisations requises (évaluation, divulgation d'information, communication) en vue de permettre l'échange d'informations entre les intervenants impliqués dans différentes disciplines. Les rencontres hebdomadaires individuelles favoriseront au départ l'établissement d'un bon lien de confiance entre les deux parties. Cette condition s'avère nécessaire pour s'assurer de la collaboration de l'individu tout au long du processus thérapeutique. Le thérapeute saura démontrer de l'empathie envers la personne affectée par la douleur chronique et la rassurer quant à la reconnaissance de sa problématique comme en étant une *bien fondée* et non pas *imaginaire*.

La thérapie cognitive comportementale a souvent été identifiée comme étant l'approche la plus appropriée pour venir en aide aux personnes aux prises avec la douleur chronique. Son efficacité reposerait sur les bénéfices obtenus en regard des incapacités, sur la diminution de la détresse émotionnelle, sur l'augmentation des interactions sociales et sur l'impact engendré sur la qualité de vie. La thérapie visera donc à améliorer les conséquences engendrées sur le fonctionnement de l'individu concerné en agissant au niveau des émotions, des cognitions, des croyances et des comportements.

Il s'avère important pour la personne souffrante de bien comprendre le phénomène douloureux, d'adhérer à l'idée de continuer de réaliser des activités et d'augmenter le sentiment de *perception de contrôle*. La personne qui souffre ressent un grand sentiment d'impuissance, de vulnérabilité et elle peut avoir l'impression de ne plus être en pleine possession de ses moyens. Afin de contrer ces sentiments, il s'agira de vérifier avec elle à quel endroit *elle a du pouvoir*, d'estimer les choix qui s'offrent à elle et de cibler les décisions qu'elle peut entériner. Par les techniques cognitives, on pourra l'aider à rectifier certaines pensées irrationnelles, à modifier son discours intérieur ou à changer ses croyances. On pourra noter les pensées automatiques, les scénarios catastrophiques, les distorsions cognitives utilisées comme la généralisation, la façon de penser en *tout ou rien* ou corriger certaines pensées irrationnelles.

La personne pourra travailler à modifier des attitudes dysfonctionnelles. On peut souligner les comportements liés à l'impuissance apprise et ainsi diminuer les sentiments de colère. Il peut s'avérer utile d'augmenter les comportements d'autonomie, de responsabilité face à ce qui lui arrive et de diminuer son impression d'être une *victime*. Il s'agit par exemple de remplacer les comportements inadéquats par des comportements d'affirmation, d'altruisme, de pardon. On pourra l'inciter à diminuer l'évitement, à fixer ses limites, à employer des techniques de résolution de problèmes efficaces et à améliorer les habiletés de communication (utilisation du je, formulation des besoins, amélioration de l'écoute, diminution de la critique, etc.).

Tout au long du suivi, inspiré de la méthode de Caudill (2009), on proposera à la personne de tenir un journal de bord afin de noter les variations d'intensités de la douleur à trois différents moments de la journée. Il sera important de noter la date, l'heure, l'activité réalisée, l'intensité de la douleur ressentie, la médication utilisée et la réponse émotionnelle engendrée. L'échelle d'intensité peut varier de 0 à 10 : 0 représente aucune douleur, les activités ne sont pas affectées; 1-4 correspond à une faible intensité, les activités sont peu affectées; 5-6 l'intensité est modérée, elle génère une tension au niveau du corps et restreint partiellement les activités; 7-8 signifie une sensation de douleur plus élevée associée à une difficulté de bouger, les activités sont diminuées; 9-10 la douleur intense empêche la personne de bouger, les activités réalisées sont restreintes (Caudill, 2009).

Il est utile de noter la réponse émotionnelle négative engendrée par la douleur, selon le degré d'intensité. Ainsi, le niveau 0 n'engendre pas d'émotion négative; l'intensité 1-4 engendre un niveau bas d'émotion négative (frustration, désappointement); l'intensité 5-6 s'accompagne d'un degré modéré d'émotions négatives (anxiété, tristesse, irritation); l'intensité 7-8 engendre des émotions négatives très significatives qui rendent difficile la réalisation des activités (peur, colère, dépression); les niveaux 9-10 s'accompagnent de dépression sévère, d'anxiété ou de désespoir et affectent la faculté de penser (Caudill, 2009).

Il sera ensuite proposé de diminuer le stress engendré par la douleur par des exercices de respiration et par des techniques de relaxation. Ce stress peut induire une diminution de la réponse immunitaire, des problèmes gastro intestinaux, des problèmes de sommeil, de la fatigue, des maux de tête, des problèmes de concentration, une respiration réduite, une perte ou un gain de poids, de la tension musculaire, de l'anxiété et de la dépression (Caudill, 2009). Une des façons de diminuer ce stress peut être d'améliorer la respiration abdominale et thoracique. La personne peut également diminuer le stress engendré par la douleur en augmentant la relaxation par la pratique de techniques de relaxation simples, appropriées à sa condition.

Un autre élément important propose que la personne soit à l'écoute de son corps et qu'elle soit attentive aux signaux d'alarme que lui envoie ce dernier. Le journal de

bord pourra ainsi l'aider à réaliser à quel moment et quelles sont les activités qui augmentent ou diminuent l'intensité de la douleur, tout en évitant d'accroître son sentiment de culpabilité. La personne pourra ainsi réaliser que certaines actions contribuent à diminuer l'inconfort et mieux respecter ses limites. Elle peut ainsi augmenter son sentiment d'efficacité, adopter des stratégies de coping appropriées, ralentir son rythme, s'adapter de façon différente et accepter de déléguer.

La pratique d'exercices et d'activités plaisantes peuvent finalement se révéler un excellent moyen pour contribuer à améliorer la condition de la personne souffrante. Il sera suggéré de pratiquer une activité légère de façon graduelle, selon ses capacités et à son rythme. Les activités simples peuvent comprendre la marche, la bicyclette stationnaire, les exercices aérobiques, le yoga, le tai chi ou toute autre activité récréative agréable. On peut amener la personne à apprécier les beautés de la nature, les gestes simples mais gratifiants, les échanges avec des amis et l'encourager dans sa démarche de recherche de soutien social. Il sera utile de dresser une liste de ressources disponibles en cas d'incapacité ou de détresse.

La thérapie va inciter la personne à favoriser l'adoption de comportements de santé. Par exemple il sera suggéré de remplacer le plus souvent possible les aliments transformés par des aliments frais et de faire preuve de modération. Il sera entre autres

préférable de manger des portions raisonnables, de recourir à une saine alimentation et de conserver un poids santé (Caudill, 2009).

La résolution du suivi

Au terme du suivi, la personne devrait être en mesure de comprendre l'importance et la façon dont elle peut diminuer les effets désagréables de la douleur. Elle pourra en outre noter les impacts bénéfiques de l'adoption de stratégies d'adaptation. Ainsi, elle sera en mesure de constater une meilleure estime de soi, un contrôle accru au niveau de la gestion de ses émotions, une amélioration au niveau de ses croyances et des modifications au niveau de ses attitudes. Elle aura adopté de bonnes stratégies de coping et favorisé des comportements de santé. Elle sera à même de réaliser le fait que l'entretien de relations interpersonnelles gratifiantes la protège de l'isolement et de l'ennui.

À cette étape, il sera alors nécessaire de souligner à la personne l'importance de conserver ces nouvelles habitudes, de maintenir les changements, d'être à l'affût de l'augmentation possible du niveau d'intensité de la douleur et de favoriser le recours aux moyens efficaces déjà utilisés. On pourra ainsi prévenir les rechutes, retarder l'aggravation de la condition, éviter de nouveaux épisodes de dépression ou empêcher l'apparition d'idées suicidaires.

Chapitre 4 : Activités d'intervention

Cette section vise à s'inspirer d'une application pratique en vue de décrire les activités réalisées auprès d'une personne souffrant de douleurs chroniques. La démarche fut proposée lors d'une consultation à la clinique de santé mentale. Des mesures ont été prises afin d'assurer la confidentialité de l'individu (anonymat, modification de certaines données). Il s'agit ici de présenter un suivi clinique dans le but de formuler de façon plus concrète les notions énoncées dans les sections précédentes.

Présentation générale

Marcel consulte sur les recommandations de son médecin traitant à la suite de symptômes dépressifs et de présence d'idées suicidaires. Il est en arrêt de travail depuis près de deux ans et vit de prestations de la sécurité du revenu; son arrêt de travail est survenu à la suite d'une blessure au genou qui a nécessité une intervention chirurgicale. Il vit seul depuis six mois dans un logement situé au troisième étage.

Marcel est un homme de race blanche, âgé de quarante-cinq ans, d'apparence sobre et de grandeur moyenne. Il présente un surplus de poids apparent et doit se déplacer à l'aide d'une canne, compte tenu de sa difficulté à marcher. Son hygiène corporelle est adéquate et sa présentation appropriée.

En entrevue, il s'exprime avec hésitation, verbalise sur un ton faible, triste, apparaît sans entrain et retient des sanglots à plusieurs occasions. Il explique avec logique les motifs qui l'incitent à consulter. Marcel mentionne s'être marié à trois reprises et avoir eu trois enfants. Ces derniers sont nés de deux conjointes différentes. Il précise le fait que toutes ses épouses ont toujours été beaucoup plus jeunes que lui; il les qualifie de *très exigeantes*. Il dit s'être séparé récemment à la suite de difficultés d'adaptation à sa condition et de fréquents conflits au sujet des tâches quotidiennes. Il conserve toutefois des contacts réguliers avec son épouse et revoit fréquemment tous ses enfants.

Marcel est le deuxième d'une famille de trois enfants; il mentionne avoir été le mouton noir de la famille, principalement à l'adolescence. Il garde peu de contacts avec son frère, quatre ans plus jeune que lui, en raison de nombreux points de vue divergents. Il voit sa sœur, de deux ans son aînée, plus régulièrement mais ne se confie pas à elle. Il mentionne avec fierté aimer lui rendre de nombreux services et s'être offert pour terminer son abri d'auto.

Marcel dit avoir été élevé de façon très stricte, où ce qu'il faisait devait l'être parfaitement et où il n'avait pas droit à l'erreur. Il dit toutefois ne pas regretter ce mode d'éducation qui lui a inculqué de bonnes habitudes.

Au niveau de la scolarité, Marcel dit avoir complété son secondaire V et avoir ensuite décidé de travailler sur la construction avec son père. Il a ainsi travaillé en étroite collaboration avec ce dernier jusqu'à ce qu'il décède subitement d'une crise cardiaque, à l'âge de cinquante ans. Marcel dit souffrir encore de son absence et avoir l'impression de ne jamais pouvoir s'en remettre.

Il ajoute avoir travaillé par la suite à l'entretien d'une école primaire, endroit où il dit s'être senti comme chez lui. Il mentionne qu'il prenait toutes les décisions concernant l'aménagement des locaux, suggérait les rénovations à envisager, effectuait les réparations qu'il jugeait utiles et déterminait son horaire selon ses préférences. Il s'anime et son visage s'éclaire à l'évocation de ce travail. Il dit s'ennuyer depuis qu'il ne peut continuer, le chirurgien n'ayant pas voulu signer son retour au travail. Il ajoute penser constamment au bonheur qu'il ressentait sur son lieu de travail et avoir peu d'intérêt dans la vie depuis.

Les antécédents familiaux et médicaux ne révèlent rien de particulier. Marcel dit ne pas avoir été informé de la présence de problèmes dépressifs ou psychiatriques dans la parenté, que ce soit du côté de sa mère ou de son père. Il visite sa mère à l'occasion; elle demeure présentement dans un foyer dans la même région. Monsieur dit avoir cessé toute médication, ayant réalisé qu'il devenait de plus en plus dépendant et tolérant face aux médicaments prescrits, que ce soit pour la douleur ou pour la dépression.

Évaluation

Lors de l'évaluation, monsieur fait état des difficultés physiques qui l'empêchent de fonctionner (douleurs constantes au genou, incapacité de le fléchir, marche restreinte) et des symptômes dépressifs qui se manifestent de façon plus sévère depuis les deux derniers mois (perte d'intérêt dans la vie, pleurs qui surviennent de façon imprévisible et sans raison presque à tous les jours, perte de poids, perte de sommeil, pensées de l'accident qui refont surface, impression de n'avoir aucune valeur).

Il dit se sentir inutile, avoir peu d'espoir et s'isoler pour ne plus avoir à affronter le regard des autres. Il dit penser souvent que la mort le délivrerait mais qu'il ne passerait pas à l'acte, se disant être préoccupé par l'avenir de ses enfants.

Dans le questionnaire d'évaluation, monsieur révèle avoir été très affecté par la fin de sa première union de fait, survenue après deux ans de vie commune. Il explique être revenu à la maison après sa journée de travail et avoir découvert la maison complètement vide, sans en avoir été avisé et sans en avoir même soupçonné l'éventualité. Il précise n'avoir jamais eu d'explication, n'avoir jamais revu sa conjointe dont il était très amoureux et avoir appris, vingt ans plus tard, que cette dernière était décédée deux ans auparavant dans un accident de voiture.

Monsieur présente des traits obsessionnels compulsifs qui se traduisent par le fait de ne pas pouvoir arrêter ce qu'il entreprend tant que la tâche n'est pas parfaitement achevée. Il dit avoir des points de vue rigides, être intolérant à la frustration, avoir de la difficulté à communiquer et ne pas changer d'opinion facilement. Il ajoute avoir toujours été « comme ça » et ne pas pouvoir rien y faire.

Monsieur présente un niveau d'anxiété élevé. L'inventaire d'anxiété de Beck traduit un état sévèrement anxieux. Il n'accepte pas les pertes et limitations consécutives à sa blessure : activités quotidiennes, travail, image de soi.

Par ailleurs, monsieur fait état d'une bonne motivation face aux consultations et il manifeste une volonté de changer. Il offre sa collaboration et démontre de l'ouverture face à la mise à jour de sa problématique. Dès les premières rencontres, il mentionne retirer un grand soulagement du fait de pouvoir enfin confier ses souffrances et son désarroi à quelqu'un.

L'analyse fonctionnelle identifie comme déclencheurs les symptômes physiques (douleur au genou), la situation familiale complexe et la séparation. La vision de soi présentée par Marcel traduit : « je ne suis bon à rien, je n'ai plus aucun contrôle sur ma vie, je ne veux pas être faible, je dois être parfait dans tout, je ne dois pas faire les choses à moitié ». La vision des autres présume : « c'est injuste, pourquoi moi, les gens ne

peuvent savoir ce que je ressens, je ne veux pas qu'ils voient mes faiblesses, personne ne peut s'intéresser à quelqu'un comme ça ». La vision de l'avenir de Marcel suggère : « je ne peux plus rien faire, j'ai peu d'avenir, je vis dans l'insécurité financière, je vais devenir un fardeau et ma situation ne s'améliorera jamais. Les émotions traduisent alors de la tristesse, de l'anxiété, de l'insécurité, de la déception.

Chez Marcel, l'épreuve de réalité est maintenue. Il présente une bonne orientation (temps, espace, personne). L'organisation structurale de sa personnalité comporte des éléments apparentés à ceux de la structure limite. Son identité n'est pas clairement définie; le mode relationnel utilisé correspond au mode anaclitique. Il se traduit par une tendance à s'appuyer sur les autres et à naviguer dans des relations amour/haine. Il a tendance à se sentir menacé et à percevoir de la trahison chez ceux qui le déçoivent. Il utilise l'évitement et le clivage comme principaux mécanismes de défense. Lorsqu'il perçoit une menace ou ressent des émotions négatives, il évite toute discussion en se réfugiant dans l'action.

Plan d'intervention proposé

Le plan d'intervention proposé à Marcel identifie d'abord les problèmes suivants : symptômes dépressifs en lien avec la douleur chronique; trouble anxieux associé à des peurs irrationnelles, à des pensées négatives et à des événements traumatiques en lien

avec des événements passés; difficultés d'adaptation face aux pertes subies et difficultés relationnelles.

Pour le problème dépressif et la douleur, les objectifs visent d'abord à diminuer les symptômes : diminuer les pleurs, diminuer le sentiment de culpabilité, améliorer sa vision de soi, améliorer le sommeil, augmenter les intérêts dans la vie, augmenter les sources de satisfaction et de plaisir. Les objectifs pour gérer l'anxiété ciblent la diminution du sentiment d'impuissance perçue et la réappropriation du pouvoir sur sa vie.

Les objectifs proposés, face au problème d'adaptation, seront de rectifier la vision de monsieur face à sa problématique, d'ajuster ses conditions de vie de façon à faciliter son quotidien et à tenir compte de ses limites physiques, de modifier certains comportements en vue de respecter tous les signaux que lui envoie son corps, de résoudre les deuils et pertes.

Les objectifs en lien avec les difficultés relationnelles cibleront l'acquisition d'habiletés de communication, la formulation de ses besoins, la reconnaissance de ses limites et l'incitation à les fixer face à son entourage sans en ressentir de culpabilité.

Les moyens envisagés pour l'atteinte de ces objectifs sont : la verbalisation, la normalisation, l'information transmise sur la problématique de douleur chronique, la reconnaissance et libération des émotions, la mise à jour du modèle peur/évitement/anxiété, la centration sur soi plutôt que sur les autres, la rectification des pensées irrationnelles, la modification de ses croyances, la vérification des fondements liés aux angoisses, l'estimation de la probabilité de survenue des catastrophes redoutées, l'exploration des étapes du deuil, le recadrage et l'adoption de nouvelles stratégies de coping.

Suivi

Monsieur accepte le suivi hebdomadaire proposé. Nous concluons avec lui une entente de non-suicide. Nous suggérons à monsieur de tenir un journal de bord sur l'intensité de sa douleur, sur ses activités, sur les médicaments utilisés et sur les émotions engendrées. Il oppose d'abord une certaine réticence mais trouve intéressant de vérifier si la douleur varie en fonction de ses activités.

Nous lui expliquons la théorie du portillon et les facteurs qui peuvent augmenter (peu d'activité, tension exagérée, pensées négatives) ou diminuer (léger frôlement sur la peau, relaxation, plaisirs, sensations agréables) la perception de la douleur. Nous lui présentons également les modèles peur/évitement/anxiété et les moyens qu'il peut

utiliser pour diminuer l'anxiété. Nous lui suggérons l'idée de retrouver le sentiment de contrôle sur ce qui lui arrive et d'augmenter le sentiment de « pouvoir » qu'il a sur sa vie (diminuer le sentiment d'impuissance). Nous favorisons ainsi la reprise de ses activités, la révision de ses choix et la prise de décisions. Il délaisse ainsi l'attitude de victime qui subit les événements qui se présentent à lui.

Au cours des rencontres suivantes, nous complétons l'information sur les notions liées à la douleur : mécanismes d'action, principaux facteurs prédisposants, déclencheurs, de maintien et sur ceux de prévention. La documentation fournit des explications simples sur le rôle des émotions, des pensées et des comportements comme étant des éléments qui peuvent influencer la problématique. Nous abordons également les diverses approches et traitements (encourager la prise des médicaments prescrits pour diminuer l'anxiété, favoriser le sommeil réparateur, diminuer la tension musculaire).

Lors d'une prochaine séance, nous expliquons à Marcel l'importance de diminuer le stress. Le stress engendre une augmentation de la douleur qui elle, à son tour, engendre plus de stress. Les moyens suggérés proposent d'abord d'améliorer la respiration abdominale et thoracique. Il s'agit par la suite d'initier Marcel aux diverses techniques de relaxation; ces techniques peuvent inclure des mini relaxations, des enregistrements de relaxation, des visualisations et de l'autohypnose.

Par la suite, au cours des séances de thérapie, nous explorons avec Marcel les différents moyens qu'il peut utiliser pour se connecter à son corps et à ses nouvelles limites. Il peut entre autres envisager de modifier les *patterns* et comportements adoptés en bas âge en raison de l'éducation stricte qu'il a reçue. Il lui est proposé de remplacer ses impératifs de « tout faire parfaitement » et de « tout terminer ce qu'il a commencé » par des ajustements au niveau du ralentissement, par l'adoption de nouvelles habitudes de travail et par l'acceptation de recourir à du soutien. Il pourra également mieux disposer de son temps de façon à équilibrer et minimiser sa dépense d'énergie.

Le volet « gestion des émotions » a comme objectif de diminuer ses peurs issues de ses perceptions dramatiques et fatalistes. Nous l'incitons à travailler en fonction de mettre à jour la colère qui l'habite, de la libérer en l'exprimant et de surmonter ses angoisses. Il reconnaît la nécessité d'accepter son image, de diminuer l'importance accordée au regard des autres et de valoriser ses ressources personnelles. Nous travaillons en fonction de régler les traumatismes en lien avec les événements passés, de surmonter les deuils non résolus (père, première conjointe) et d'envisager l'utilisation de nouvelles stratégies pour libérer les émotions refoulées plutôt que de les éviter comme il le faisait par le passé en se précipitant dans l'action excessive.

En ce qui concerne la cognition, nous identifions la tendance de Marcel à *utiliser la catastrophisation*. Il réalise le fait que son discours traduit de l'exagération, un

sentiment d'impuissance et de l'incapacité à faire face à la situation. Il s'avère indispensable de rectifier la vision qu'il a de lui-même, des autres et de l'avenir. Il utilise la rumination, la passivité et envisage toute nouvelle expérience de façon négative. Une prise de conscience de ses attitudes en regard de la souffrance l'incite à distinguer sa problématique au genou de sa valeur personnelle et d'explorer quelles sont les diverses possibilités qui s'offrent à lui. Le travail à cette étape vise à accepter les pertes subies (emploi, activités, passe-temps) et à favoriser l'acceptation de nouveaux défis (études, apprentissage de l'ordinateur, art thérapie). Nous l'encourageons à adopter une vision réaliste, enthousiaste et confiante face à l'avenir. Nous travaillons à rectifier certaines pensées irrationnelles en modifiant ses anciennes croyances ou en soulignant ses distorsions cognitives comme « tout doit être parfait », « je dois terminer ce que j'entreprends ».

Tout au long du suivi, Marcel est encouragé à adopter des *comportements de santé*. Nous incitons Marcel à diminuer ses portions, à manger des aliments sains et à perdre quelques kilos, lui soulignant ainsi les avantages d'un allègement de pression sur son genou. Nous soulignons ses forces (arrêt de fumer depuis dix ans) et nous l'encourageons à améliorer ses habitudes alimentaires. Nous lui présentons les bienfaits d'un poids santé au moyen de divers outils (guide alimentaire, brochures, recettes simples, guides utiles, etc.). Nous lui expliquons le cercle vicieux auquel il s'expose lorsque la douleur l'incite à l'inactivité, et que l'inactivité augmente les douleurs.

Nous favorisons l'utilisation d'ascenseurs, l'aménagement de son logis à un niveau inférieur, l'adaptation de nouvelles stratégies de coping et la planification des tâches de façon à améliorer sa qualité de vie. Nous lui suggérons de formuler ses besoins à son médecin, de l'informer avant d'entreprendre toute nouvelle activité et d'exprimer ses inquiétudes de façon à être rassuré sur son état de santé.

La thérapie aborde finalement les difficultés relationnelles. Nous mettons à jour les patterns d'attachement utilisés (anxieux résistant) et les conflits familiaux générés par les frustrations. Nous étudions les problèmes de communication et nous explorons les façons de les résoudre. Ainsi, la situation conflictuelle est exposée, les attitudes examinées et les comportements inadéquats corrigés. Nous mettons l'accent sur la nécessité d'exprimer à ses proches ce qu'il ressent, de prendre du recul face aux émotions générées, de respecter ses limites et d'améliorer ses habiletés de communication.

Nous proposons à Marcel des techniques d'affirmation et de résolution de problèmes. Marcel apprend ainsi diminuer sa rigidité, à augmenter son ouverture face à des opinions divergentes et à améliorer son empathie face à la souffrance de ses proches; il accepte mieux leurs incompréhensions en lien avec la douleur.

Objectifs réalisés

Au terme du suivi, Marcel aborde l'avenir d'une manière plus confiante. Il a appris à vivre avec sa problématique et à accepter le fait que celle-ci ne soit pas le centre de son existence. Il présente une meilleure estime de lui-même, adopte des pensées plus constructives et nourrit de l'espoir face à sa vie. Il a amorcé des études en travail social, s'est fixé de nouveaux objectifs et a entrepris de nouvelles activités. Il s'est installé dans un nouveau logement plus facilement accessible et a établi de nouveaux contacts. Ses nouvelles habiletés favorisent les relations interpersonnelles enrichissantes, les satisfactions personnelles gratifiantes et les plaisirs partagés.

À l'étape de résolution du suivi, il s'est avéré important de réaliser avec Marcel un bilan du cheminement. Ce bilan a permis de résumer les stratégies de coping utilisées, d'envisager un plan d'action en cas d'aggravation et de prévoir les rechutes. Il lui a été proposé d'augmenter ses moments de répit et de faciliter l'application des éléments de changements par l'utilisation d'outils simples (ex. : mémos, pancarte « ne pas déranger »). Marcel a trouvé intéressant d'estimer ses progrès en comparant les résultats des mesures effectuées avant/après l'intervention à l'aide des outils utilisés (échelles d'anxiété et de dépression). Il se dit maintenant satisfait, confiant face à l'avenir et en mesure de poursuivre seul son cheminement.

Conclusion

Au terme de cette étude, menée dans une perspective biopsychosociale, nous sommes en mesure de constater que les facteurs psychologiques jouent un rôle important au niveau de la perception, du maintien et de la gestion de la douleur chronique. L'intervention psychologique peut entre autres contribuer à améliorer la condition des personnes qui risquent d'avoir des problèmes émotionnels, des cognitions moins bien adaptées, des problèmes de fonctionnement et des difficultés physiques (Gatchel, Peng, Fuchs, Peters, & Turk, 2007).

L'intervention psychologique peut améliorer l'acceptation des limites, atténuer l'impact des pertes encourues et modifier de façon positive la réponse aux différents traitements. La méthode d'intervention propose de cibler les composantes spécifiques de l'individu et d'adapter la démarche clinique auprès de celui-ci en fonction de ses caractéristiques propres, de ses forces, de ses ressources, et de ses aspirations.

L'intervention requiert l'engagement de la personne puisque le travail s'effectue dans une optique de « rétablissement » plutôt que de « guérison complète » ou en « profondeur ». Ce principe directeur délaisse le modèle médical traditionnel pour faire place à l'implication et à la contribution de l'individu en tant que principal agent de changement. Le professionnel adopte alors un rôle d'accompagnement de l'individu dans sa démarche, suggérant la mise en place de nouvelles stratégies, la modification de croyances et proposant l'adoption de nouvelles attitudes face à sa condition. La personne

peut ainsi continuer de se sentir efficace et fonctionnelle. Elle découvre de nouvelles ressources et met à profit des qualités insoupçonnées, tout en réalisant qu'elle conserve toujours sa capacité d'apprendre et de fonctionner.

Les impacts et la portée de l'intervention auprès des personnes qui souffrent de douleur chronique se révèlent toutefois difficiles à mesurer, compte tenu de la complexité des facteurs impliqués; il s'avère presque impossible d'estimer avec précision les éléments en cause (personnalité, perceptions, symptômes, interventions, intervenants). De plus, le rôle du professionnel en santé s'avère très complexe. Il doit en effet tenir compte des nombreuses dimensions, telles que la famille, l'environnement, les conditions de vie, etc.

En définitive, plusieurs avenues dans ce domaine demeurent inexplorées. Il s'avère important de poursuivre la recherche au niveau de l'intervention, compte tenu des éventuels bénéfices qu'on pourrait en retirer : réduction des coûts, raccourcissement du temps d'hospitalisation, diminution de l'achalandage au niveau des services, baisse de la « médicalisation » et surtout, amélioration des impacts psychologiques liés à la souffrance (Gatchel, Peng, Fuchs, Peters, & Turk, 2007). Il serait ainsi souhaitable de favoriser la mise en place de nouveaux programmes au sein de notre système de santé en vue de favoriser une meilleure accessibilité à un plus grand nombre d'utilisateurs.

Références

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans : critique and reformulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- American Psychiatric Association. (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e éd.)*. Washington, DC : Auteur.
- Asmundson, G. J. G., Norton, P. J., & Vlaeyen, J. W. S. (2004). Fear-avoidance models of chronic pain : An overview. Dans G. J. G. Asmundson, J. W. S. Vlaeyen, & G. Crombez (Éds), *Understanding and treating fear of pain* (pp. 3-24). New York: Oxford University Press Inc.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New York : W.H. Freeman.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety : Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck depression inventories - IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597.
- Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J. M., Jorm, L. R., Williamson, M., & Cousins, M. J. (2001). Chronic pain in Australia. A prevalence study. *Pain*, 89, 127-134.
- Callahan, L., Cordray, D., Wells, G., & Pincus, T. (1996). Formal education and five year mortality in rheumatoid arthritis : Mediation by helplessness scale score. *Arthritis Care and Research*, 9(6), 463-472.
- Caudill, M. A. (2009). *Managing pain before it manages you*. New York : The Guilford Press.

- Cousins, M. J. (1995). Back pain in the workplace : Management of disability in nonspecific conditions. Task force report. Seattle: IASP Press, ix.
- Craig, D. K. (2009). The social communication model of pain. *Canadian psychology*, 50(1), 22-32. doi: 0.1037/a0014772
- Crittenden, P., & Wilkinson, S. R. (2009). *Attachement, somatisation et le langage de la maladie*. Notions présentées à l'intérieur d'un colloque. Hopital du Sacré-Cœur de Montréal.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination*. New-York: Plenum.
- Dersh, J., Polatin, B.P., & Gatchel, J.R. (2002). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic medicine*, 64, 773-786.
- DeGood, D. E., & Tait, R. C. (2001). Assessment of Pain Beliefs and Pain Coping. Dans D. C. Turk & R. Melzack (Éds), *Handbook of pain assessment* (pp. 320-336). New York : The Guilford Press.
- Dixon, E. K., Keefe, J. F., Sciopo, D. C., Cailtin, L., & Perri, M. (2007). Psychological interventions for arthritis pain management in adults : A meta-analysis. *Health Psychology*, 27(3), 241-250.
- Fishbain, D. (1999). The association of chronic pain and suicide. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4, 221-227.
- Gatchel, R. J. (2006). *Clinical Essentials of Pain Management*. Washington: American Psychological Association.
- Gatchel, R. J., & Kishino, N. (2006). Influence of personality characteristics of pain patients : Implications for causality in pain. Dans G. Young, W. A. Kane, & K. Nicholson (Éds), *Psychology knowledge in court : PTSD, pain, and TBI* (pp. 149-162). New York: Springer.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Fuchs, P. N., Peters, M. L., Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581

- Gil, K. M., Abrams, M. R., Phillips, G., & Williams, D. A. (1992). Sickle cell disease pain : II. Predicting health care use and activity level at 9-month follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 267-273.
- Gil, K. M., Thompson, R. J., Keith, B. R., Tauta-Faucette, M., Noll, S., & Kinney, T. (1993). Sickle cell disease pain in children and adolescents. Change in pain frequency and coping strategies over time. *Journal of Pediatric Psychology*, 18(5), 621-637.
- Hathaway, S. R., McKinley, J. C., Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & al. (1989). Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 : *Manual for administration*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hanscom, D., & Jex, R. (2001). Sleep disorders, depression and musculoskeletal pain. *Spine*(sept., oct.), 20-31.
- Hiesiger, E., & Brady, K. (2001). *Your pain is real*. New York : Regan Books.
- Hobro, N., Weinman, J., & Hankins, M. (2004). Using the self-regulatory model to cluster chronic pain patients : the first step towards identifying relevant treatments? *Pain*, 108, 276-283. doi:10.1016/j.pain.2003.12.027
- International Association for the Study of Pain (IASP), Subcommittee on Taxonomy & Merskey, H. (Eds) (1986). Classification of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain, Suppl. 3*, S1-S226.
- Jacobson, P., & Butler, R. (1996). Relation of cognitive coping and catastrophizing to acute pain and analgesic use following breast cancer surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 17-29.
- Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Kerns, R. D., Rosenberg, R., Beaupré, P., Prochaska, J., & al., (2000). Understanding the adoption of arthritis self-management. Stages of change profiles among arthritis patients. *Pain*, 87, 303-313.
- Keefe, J. F., Rumble, E. M., Sciopo, D. C., Giordano, A. L., & Perri, M. L. (2004). Psychological aspects of persistent pain : current state of the science. *The Journal of Pain*, 5(4), 195-211. doi: 10.1016/j.jpain.2004.02.576
- Kendell, K., Saxby, B., Farrow, M., & Naisby, C. (2001). Psychological factors associated with short-term recovery from total knee replacement. *British Journal of Health Psychology*, 6, 41-52.

- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health : An inquiry into hardiness, *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Léveillé, S. (1998). *Introduction à la psychopathologie*. Notions présentées à l'intérieur du cours. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Livengood, M. J. (1999). Psychologic and psychosocial factors contributing to chronic pain. *Current review of pain*, 3, 1-9.
- Marcus, D. A. (2009). *Chronic pain: A primary care guide to practical management*. New-York : Humana Press.
- Martin, M., Bradley, L., Alexander, R., Alarcon, G., Triana-Alexander, M., Aaron, L., & al. (1996). Coping strategies predict disability in patients with primary fibromyalgia. *Pain*, 68, 45-53.
- Meldrum, L. (2007). Brief history of multidisciplinary management of chronic pain, 1900-2000. Dans M. Schatman, & A. Campbell, (Éds), *Chronic pain management : guideline for management program development* (pp. 1-13). New York: Informa Health Care.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, 82(6), 121-126.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Miller, R. L., & Cano, A. (2009). Comorbid chronic pain and depression : Who is at risk? *The journal of pain*, 10(6), 619-627. doi: 10.1016/j.jpain.2008.12.007
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- Pincus, T. (2006). Effect of cognition on pain experience and behavior: Diathesis-Stress and the causal conundrum. Dans G. Young, W. A. Kane, & K. Nicholson, (Éds), *Psychology knowledge in court : PTSD, pain, and TBI* (pp. 163-180). New York : Springer.
- Pollock, S. E., & Duffy, M. E. (1990). The Health-Related Hardiness Scale: Development and psychometric analysis. *Nursing Research*, 39, 218-222.

- Prochaska, J. O., DiClemente C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change : Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(No. de Série 609).
- Roy-Byrne, P., Smith, R. W., Goldberg, J. Afari, N., & Buchwald, D. (2004). Post-traumatic stress disorder among patient with chronic pain and chronic fatigue. *Psychological Medicine*, 34, 363-368. doi :10.1017/s0033291703008894
- Rush, A., Polatin, P. & Gatchel, R. J. (2000). Depression and chronic low back pain : Establishing priorities in treatment. *Spine*, 25, 2566-2571.
- Selye, H. (1956). *The stress of life : A new theory of disease*. New-York : McGraw-Hill.
- Turk, C. D., & Swanson, K. (2007). Efficacy and cost-effectiveness treatment for chronic pain: An analysis and evidence-based synthesis. Dans: M. Schatman, & A. Campbell (Éds), *Chronic pain management : guideline for management program development* (pp. 15-38). New York: Informa Health Care.
- Turk, C. D., & Melzack, R. (2001). *Handbook of pain assessment*. New York : The Guilford Press, xiii-xvi.
- Vallerand, R. J., & Losier, G. F. (1994). Le soi en psychologie sociale: perspectives classiques et contemporaines. Dans R. J. Vallerand (Éd), *Les fondements de la psychologie sociale* (pp. 121-192). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Verhaak, P. F. M., Kerssens, J. J., Dekker, J., Sorbi, M. J., & Bensing, J. M. (1998). Prevalence of chronic benign pain disorder among adults : A review of the literature. *Pain*, 77, 231-239.
- Volinn, E. (1997). The epidemiology of low back pain in the rest of the world. A review of surveys in low and middle income countries. *Spine*, 22, 1747-1754.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & De Vellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.

Wuest, J., Merrit-Gray, M., Ford-Gilboe, M., Lent, B., Varcoe, C., & Campbell, C. J. (2008, novembre). Chronic pain in women survivors of intimate violence. *The Journal of Pain*, 9(11) 1049-1057. doi:10.1016/j.pain.2008.06.009